

**ENTENTES INTERPROVINCIALES
EN ASSURANCE SANTÉ**

SERVICES HOSPITALIERS INTERNES

MISE À JOUR : 22

MAI 2012

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

- INTRODUCTION

- Changements d'ordre administratif

Page : [1](#)

- SERVICE

- Changements d'ordre administratif

Pages : [1](#) et [2](#)

- DEMANDE DE PAIEMENT

- Changements d'ordre administratif

Pages : [1](#) à 31

- TARIFS INTERPROVINCIAUX

- Changements des tarifs

Pages : [1](#) à 4

- Changement des règles d'applications

Pages : [5](#) et [6](#)

REMARQUE : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 290 / 2012-03-27

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Dépôt légal : Bibliothèque et archives nationales du Québec
ISBN 978-2-550-48900-9

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

Le but de ce manuel est de renseigner les établissements de santé du Québec sur les modalités de facturation et de paiement relatives à l'accord sur la facturation des **services internes** entre les provinces et les territoires. Au Québec, l'administration de cet accord est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

En vertu de cet accord, la Régie rembourse aux établissements les coûts des services internes rendus à des personnes assurées des autres provinces ou des territoires, selon les tarifs interprovinciaux.

À cet égard, ce manuel contient, notamment, les instructions relatives à la rédaction de la demande de paiement de services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire et à la déclaration d'assurance hospitalisation ainsi que des renseignements concernant les tarifs et le paiement des services.

Les établissements sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement. **Une information incomplète pourrait entraîner le refus d'une ligne de services ou de la demande de paiement.**

Lorsque le texte de ce manuel est modifié, chaque détenteur reçoit les pages révisées pour en permettre la mise à jour.

Par ailleurs, la Régie offre un service d'assistance aux professionnels où des préposés aux renseignements informent le personnel des établissements sur les procédures administratives afférentes au programme interprovincial de services internes.

#

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section *Professionnels* pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, voir la **page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Ce guide est également disponible dans notre site Internet. Les cartes santé sont reproduites en couleurs. Vous pouvez y accéder, en tout temps.

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par télécopieur :

- Québec : 418 643-5967

- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Service de l'application des programmes Q039

Facturation interprovinciale

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ	= mise à jour
XX	= numéro séquentiel de la mise à jour papier
MMMM 20AA	= mois et année de la publication de la mise à jour
ZZ	= ces deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none"> - 99 indique une modification d'ordre administratif (ex.: ajout ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.); - 00 indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour pour fin de références ultérieures.

Remarque : La Régie vous invite à utiliser ses services en ligne en toute sécurité pour rédiger et soumettre par Internet vos demandes de paiement concernant la facturation des services hospitaliers rendus à des résidents d'autres provinces ou des territoires.

Pour effectuer des transactions, vous devez cependant obtenir de la Régie un code d'accès sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Internet de la Régie à www.ramq.gouv.qc.ca pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

Si vous désirez soumettre vos demandes de paiement sur le formulaire papier, suivez les instructions dans le présent guide.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. PERSONNES ASSURÉES	1
1.1 PERSONNES VISÉES PAR L'ACCORD	1
1.2 PERSONNES EXCLUES DE L'ACCORD	1
1.3 PREUVE D'ADMISSIBILITÉ À UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	2
2. SERVICES	1
2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD	1
2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD	2
3. DEMANDE DE PAIEMENT (<i>formulaire n° 3885</i>) ET DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (<i>formulaire n° 3716</i>)	1
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (<i>formulaire n° 3885</i>)	2
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	4
3.2.1 Établissement (<i>section 1</i>)	4
3.2.2 Patient (<i>section 2</i>)	6
3.2.3 Détails de la demande (<i>section 3</i>)	8
3.2.4 Renseignements complémentaires (<i>section 4</i>)	11
3.2.5 Attestation de l'établissement (<i>section 5</i>)	11
3.3 INSTRUCTIONS ET EXEMPLES DE FACTURATION	12
3.3.1 Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu)	12
# 3.3.2 Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation)	14
3.3.3 Implants spéciaux	16
3.3.4 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches	17
3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (<i>formulaire n° 3716</i>)	19
3.5 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION	21
3.5.1 Établissement (<i>section 1</i>)	23
3.5.2 Patient (<i>section 2</i>)	23
3.5.3 Résidence temporaire au Québec (<i>section 3</i>)	25
3.5.4 Installation permanente au Québec (<i>section 4</i>)	27
3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant (<i>section 5</i>)	29
3.6 EXPÉDITION	31
3.7 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE	31

	<i>Page</i>
4. PAIEMENT	1
4.1 MODE DE PAIEMENT	1
4.2 ÉTAT DE COMPTE	2
4.2.1 Description	3
4.3 RETARD DE PAIEMENT	6
4.4 RÉÉVALUATION	6
5. TARIFS INTERPROVINCIAUX	1
5.1 TARIFS DES SERVICES	1
5.1.1 Facturation interprovinciale des Interventions chirurgicales très coûteuses	1
5.1.2 Tarif journalier	3
5.1.3 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches	4
5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (GREFFE)	5
5.3 RÈGLES RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE LA MOELLE OSSEUSE ET DES CELLULES SOUCHES	6
6. DEMANDES D'APPROVISIONNEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS	1
6.1 DEMANDE D'APPROVISIONNEMENT	1
6.2 DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS	1
6.3 ADRESSE DE CORRESPONDANCE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES	2

2. SERVICES

2.1 SERVICES COUVERTS EN VERTU DE L'ACCORD

Les frais d'hospitalisation en salle pour des soins :

- 1) de courte durée
- 2) de pouponnière

Interventions coûteuses ayant un tarif global :

- transplantations :
 - acquisition d'organes hors Canada;
 - coeur;
 - coeur-poumons;
 - poumons;
 - foie;
 - moelle osseuse;
 - rein (enfant ou adulte);
 - rein et pancréas.

Implants spéciaux :

- défibrillateur-stimulateur cardiaque;
- implants cochléaires.

2.2 SERVICES EXCLUS DE L'ACCORD

Les services suivants sont exclus de l'accord :

- Chirurgie esthétique;
- # - Avortements thérapeutiques;
- Chirurgie visant à rétablir la fécondité;
- Fécondation *in vitro* et insémination artificielle;
- Lithotripsie pour lithiases vésiculaires;
- Changement de sexe;
- Examens périodiques de la santé, y compris les examens ordinaires de la vue;
- Traitement de taches de vin ailleurs que sur la figure ou dans le cou, quel que soit le traitement;
- Acupuncture, acupressure, électrostimulation transcutanée, moxibustion, biorétroaction (biofeedback), hypnothérapie;
- Services assurés par d'autres organismes : Gendarmerie royale du Canada (GRC), Forces armées, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), ministère des Anciens combattants, Services correctionnels du Canada (pénitenciers fédéraux);
- Services fournis à la demande d'un tiers;
- Conférence d'équipe;
- Dépistage génétique et autres techniques d'investigation génétique, y compris les sondes d'ADN;
- Interventions qui demeurent au stade expérimental du développement ou de la recherche clinique;
- Télémédecine;
- Tomographes par émission de positrons et scalpel gamma;
- Services d'anesthésie et services de chirurgiens adjoints associés aux services mentionnés plus haut;
- Autres services exclus :
 - médicaments à prendre à domicile (à l'exception de la fourniture de médicaments en vertu des codes 06 et 07 pour les services aux malades externes);
 - soins à domicile;
 - frais d'hébergement.

Vous **devez** communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec au numéro indiqué ci-après pour obtenir plus de renseignements sur les services qui sont exclus de l'accord de facturation réciproque. La Régie de l'assurance maladie du Québec pourra ainsi indiquer si les services sont couverts ou non et conseiller l'hôpital en ce qui concerne les modalités de facturation.

Numéro de téléphone

- Québec : 1 800 463-4776 (sans frais d'interurbain)

Vous devez également obtenir, par écrit, l'accord de la province ou du territoire de résidence avant de facturer à la Régie des services exclus (consultez la section 6.3 pour connaître les adresses et les numéros de téléphone des provinces et des territoires).

3. DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire n^o 3885) ET DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (formulaire n^o 3716)

3.0 AVANT-PROPOS

Cette section a pour but d'expliquer la façon de remplir le formulaire *Demande de paiement – Services internes dispensés au Québec à des résidents d'une autre province ou d'un territoire* (n^o 3885) lorsque l'établissement demande le paiement de services internes fournis à une personne assurée d'une autre province ou d'un territoire.

Les renseignements demandés sur le formulaire de demande de paiement permettent à la Régie de facturer adéquatement la province ou le territoire de résidence de la personne assurée. Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation est requis pour respecter l'accord sur la facturation des services internes entre les provinces et les territoires.

Instructions générales :

- Écrire les renseignements lisiblement en lettres moulées;
- Inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire : AAAA, MM, JJ;
- Inscrire le tarif du service sans le symbole du dollar (\$);
- Utiliser un formulaire distinct pour chaque province ou territoire de résidence des personnes assurées;
- # - Remplir toutes les sections de la demande de paiement selon les instructions fournies dans les pages qui suivent;
- # - Signer la demande de paiement;
- # - Faire signer la déclaration d'assurance hospitalisation par la personne assurée;
- L'établissement doit conserver, dans ses dossiers, l'adresse de chaque personne assurée traitée;
- Pour facturer de nouveau la ou les lignes de services refusées, utiliser une nouvelle demande de paiement.

Vous devez utiliser deux demandes de paiement distinctes lorsqu'il s'agit de deux périodes d'hospitalisation différentes.

Pour une période d'hospitalisation continue, chaque demande de paiement doit comporter les données requises pour son évaluation.

Une information incomplète peut entraîner le refus d'une ligne de services ou de la demande de paiement.

La Régie dispose d'un délai de 12 mois, à compter de la date des services, pour facturer la province ou le territoire de résidence de la personne assurée. **Toutefois, pour que ce délai soit respecté, vos demandes de paiement doivent être reçues à la Régie au plus tard 10 mois après la date des services.**

À l'expiration de ce délai, l'établissement n'a plus le droit de réclamer les coûts des services. Il n'a pas le droit, non plus, de réclamer au patient le paiement des services ni de recourir à une agence de recouvrement. Mais, il peut demander une dérogation à la province ou au territoire de résidence du patient (consultez la section 6.3 *Adresses de correspondance des provinces et des territoires*).

Il est recommandé à l'établissement de faire parvenir ses demandes de paiement à la Régie deux fois par mois.

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (*formulaire n° 3885*)

La demande de paiement comporte cinq sections :

1. Établissement;
2. Patient;
3. Détails de la demande;
4. Renseignements complémentaires;
5. Attestation de l'établissement.

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
 Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT | NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE (numéro, rue, localité) | PROVINCE | CODE POSTAL

2- Patient

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » | NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE (ANNÉE MOIS JOUR) | PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE | NOUVEAU-NÉ | DATE DE NAISSANCE (ANNÉE MOIS JOUR) | SEXE (M F)

ADRESSE (numéro, rue, localité) | CODE POSTAL

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION (ANNÉE MOIS JOUR) | DATE DE CONGÉ (ANNÉE MOIS JOUR) | GENRE DE SÉJOUR | ACCIDENT CODE | DÉCÈS

CODE DE DIAGNOSTIC

CODE D'INTERVENTION

ATTRIBUT D'INTERVENTION (SITUATION LIEU ÉTENDUE)

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	DATE DE FIN DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ

TOTAL

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée _____ DATE (ANNÉE MOIS JOUR)

3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**3.2.1 Établissement (section 1)****N° de contrôle externe :**

- 1) Ce numéro sert à retracer la demande de paiement sur votre état de compte et doit figurer dans toute correspondance relative à cette demande de paiement.
- 2) Inscrire un numéro de contrôle de votre choix (champ alphanumérique avec une possibilité de 15 caractères).
- 3) Vous devez utiliser un numéro de contrôle externe différent pour chaque demande de paiement.

Code de l'établissement : Inscrire le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de cinq chiffres).

L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

Nom de l'établissement : Inscrire le nom de votre établissement.

Adresse : Inscrire l'adresse complète de votre établissement.

Province : Inscrire la province de votre établissement (Québec).

Code postal : Inscrire le code postal de votre établissement.

3.2.1 Établissement (section 1 suite)

<p>Régie de l'assurance maladie Québec</p>	<p>Demande de paiement Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire</p>	<p>NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE</p>
		<p>Numéro de contrôle externe</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 A B C D E</p>
1- Établissement		
<p>CODE DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>5 4 3 2 1</p>	<p>NOM DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>Centre hospitalier fictif</p>	
<p>ADRESSE (numéro, rue, localité)</p> <p>333, rue des Convalescents</p>		<p>PROVINCE</p> <p>Québec</p>
		<p>CODE POSTAL</p> <p>G 0 A 0 T 0</p>
2- Patient		
<p>NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »</p>		<p>NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)</p>
<p>DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE</p>	<p>NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/></p> <p>DATE DE NAISSANCE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p> <p>SEXE</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>
<p>ADRESSE (numéro, rue, localité)</p>		<p>CODE POSTAL</p>
SPÉCIMEN		
3- Détails de la demande		
<p>DATE D'ADMISSION</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>DATE DE CONGÉ</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>GENRE DE SÉJOUR</p> <p>ACCIDENT <input type="checkbox"/> CODE</p> <p>DÉCÈS <input type="checkbox"/></p>
<p>CODE DE DIAGNOSTIC</p>		
<p>CODE D'INTERVENTION</p>		
<p>ATTRIBUT D'INTERVENTION</p> <p>SITUATION LIEU ÉTENDUE</p>		
<p>DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>DATE DE FIN DE FACTURATION</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>CODE DE SERVICE</p>
		<p>TARIF JOURNALIER</p>
		<p>NOMBRE DE JOURS</p>
		<p>MONTANT FACTURÉ</p>
		<p>TOTAL</p>
4- Renseignements complémentaires		
<p>.....</p> <p>.....</p>		
5- Attestation de l'établissement		
<p>La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.</p>		
<p>Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)</p>		
<p>Signature de la personne autorisée _____</p>		<p>DATE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
<p>3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement</p>		

3.2.2 Patient (*section 2*)

Numéro de la « CARTE SANTÉ » : Inscrire le numéro de la carte santé de la personne assurée. S'il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas encore sa carte santé (jusqu'à trois mois), inscrire le numéro de la carte santé de la mère ou du père.

Note : Pour les nouveau-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le NAM du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le NAM du bébé, facturer les services internes fournis aux parents.

S'assurer que la carte est valide en vérifiant la date d'expiration.

Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte : Nom et prénom usuels inscrits sur la carte santé. Il est important d'inscrire cette information en lettres majuscules.

Date d'expiration de la carte : Inscrire la date d'expiration de la carte santé, s'il y a lieu.

Province qui a délivré la carte : Inscrire le nom de la province ou du territoire ayant délivré la carte santé.

Date de naissance : Inscrire la date de naissance de la personne assurée selon le système international (AAAA - MM - JJ).

Sexe : Inscrire le sexe de la personne assurée (F = féminin, M = masculin).

Nouveau-né : Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père est utilisé.

Adresse : Adresse permanente de la personne assurée dans la province émettrice de la carte.

Code postal : Code postal correspondant à l'adresse permanente de la personne assurée.

3.2.2 Patient (section 2 suite)

<p>Régie de l'assurance maladie Québec </p> <p>Demande de paiement Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire</p>	<p>NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>				
<p>Numéro de contrôle externe</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div>					
1- Établissement					
<p>CODE DE L'ÉTABLISSEMENT</p>	<p>NOM DE L'ÉTABLISSEMENT</p>				
<p>ADRESSE (numéro, rue, localité)</p>					
	<p>PROVINCE</p>				
<p>CODE POSTAL</p>					
2- Patient					
<p>NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>	<p>NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)</p> <p>TREMBLAY JEAN</p>				
<p>DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p> <p>2 0 0 9 1 2 3 1</p>	<p>PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE</p> <p>Nouveau-Brunswick</p>	<p>NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>DATE DE NAISSANCE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p> <p>1 9 8 0 1 1 0 1</p>	<p>SEXE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>	
<p>ADRESSE (numéro, rue, localité)</p> <p>123, rue du Patient, Ville du Patient</p>		<p>CODE POSTAL</p> <p>E 3 B 0 T 0</p>			
SPÉCIMEN					
3- Détails de la demande					
<p>DATE D'ADMISSION</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>DATE DE CONGÉ</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>GENRE DE SÉJOUR</p>	<p>ACCIDENT <input type="checkbox"/></p>	<p>CODE</p>	<p>DÉCÈS <input type="checkbox"/></p>
<p>CODE DE DIAGNOSTIC</p>					
<p>CODE D'INTERVENTION</p>					
<p>ATTRIBUT D'INTERVENTION</p> <p>SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE</p>					
<p>DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>DATE DE FIN DE FACTURATION</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>	<p>CODE DE SERVICE</p>	<p>TARIF JOURNALIER</p>	<p>NOMBRE DE JOURS</p>	<p>MONTANT FACTURÉ</p>
				<p>TOTAL</p>	
4- Renseignements complémentaires					
5- Attestation de l'établissement					
<p>La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.</p>					
<p>Nom et prénom de la personne autorisée</p>					
<p>Signature de la personne autorisée</p>					<p>DATE</p> <p>ANNÉE MOIS JOUR</p>
					<p>(LETTRES MAJUSCULES)</p>

3.2.3 Détails de la demande (Section 3)

Date d'admission : Inscrire la date d'admission dans l'établissement.

Date de congé : Inscrire la date de sortie de l'établissement.

Genre de séjour : Inscrire s'il s'agit d'un séjour continu = **C**, non continu = **N**, ou encore s'il s'agit d'un transfert entre deux établissements = **T**.

Accident : Inscrire le code correspondant au type d'accident, s'il y a lieu : **T** = Travail; **A** = Auto; **D** = Autres.

Décès : Cocher si la personne assurée est décédée lors de l'hospitalisation.

Code de diagnostic : Inscrire obligatoirement le code de diagnostic principal selon la *Classification internationale des maladies* (CIM-10). Il est possible d'inscrire jusqu'à trois codes de diagnostic.

Code d'intervention : Inscrire le code d'intervention chirurgicale selon la *Classification internationale des mala-dies* (CIM-10), s'il y a lieu. Il est possible d'inscrire jusqu'à trois codes d'intervention.

Attribut d'intervention : Inscrire l'attribut dans la case prévue à cette fin lorsque le code d'intervention le prévoit.

Date de l'intervention ou de début de facturation : Inscrire la première date d'hospitalisation facturée.

Date de fin de facturation : Inscrire la dernière date d'hospitalisation facturée.

Si une personne assurée n'est hospitalisée qu'une seule journée (ex. le 2012-04-21), la façon de remplir le formulaire est la suivante :

#	DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION :	2012-04-21
#	DATE DE FIN DE FACTURATION :	2012-04-21

Code de service : Inscrire le code (trois chiffres) correspondant au service rendu. Voir les instructions et exemples de facturation à la section 3.3, ci-après.

Série 100 – transplantation

100 acquisition d'organes hors Canada

101 cœur

102 cœur-poumons

103 poumons

104 foie

106 rein

108 rein et pancréas

Série 300 - implants

310 implant cochléaire

311 défibrillateur - stimulateur cardiaque (combiné)

Série 400 - tarif journalier (per diem)

401 courte durée

402 nouveau-né

405 intensif de courte durée

Série 600 - services de greffe de moelle osseuse et de cellules souches

600 Coût de l'acquisition (à l'extérieur du Canada)

601 Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)

602 Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)

603 Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)

604 Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)

605 Greffe allogénique – chez l'adulte – donneur apparenté au patient

606 Greffe allogénique – chez l'enfant

607 Greffe allogénique – adulte/patient (donneur compatible non apparenté)

Tarif journalier : Inscrire le tarif journalier.

Nombre de jours : Inscrire le nombre de jour pour ce service.

Total : Inscrire le montant total. Lorsqu'il y a un changement du tarif journalier, utiliser des lignes différentes en inscrivant le montant facturé et le tarif journalier sur chacune des lignes.

3.2.3 Détails de la demande (section 3 suite)

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT				
ADRESSE (numéro, rue, localité)			PROVINCE	CODE POSTAL	

2- Patient

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)			
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR	PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ADRESSE (numéro, rue, localité)			CODE POSTAL		

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION	ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE CONGÉ	ANNÉE MOIS JOUR	GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS
	2 0 1 2 0 3 2 0		2 0 1 2 0 4 1 5	N	X	A	<input type="checkbox"/>
CODE DE DIAGNOSTIC	I 3 1 2		I 3 2 8				
CODE D'INTERVENTION	1 H B 5 3 L A J A						
ATTRIBUT D'INTERVENTION	SITUATION	LIEU	ÉTENDUE	SITUATION	LIEU	ÉTENDUE	
	R		A T				

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
2 0 1 2 0 3 2 0	2 0 1 2 0 3 3 1	401	1 0 0 0 0 0	12	1 2 0 0 0 0 0
2 0 1 2 0 4 0 1	2 0 1 2 0 4 1 4	401	1 1 0 0 0 0	14	1 5 4 0 0 0 0
TOTAL					2 7 4 0 0 0 0

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03
Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.2.4 Renseignements complémentaires (section 4)

Inscrire les renseignements supplémentaires, s'il y a lieu (ex. intervention coûteuse).

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
 Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	
ADRESSE (numéro, rue, localité)		
PROVINCE		CODE POSTAL

2- Patient

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)			
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	PROVINCE QUI A DELIVRÉ LA CARTE	NOUVEAU-NÉ	DATE DE NAISSANCE	SEXE	
ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/>	ANNÉE MOIS JOUR	M	F
ADRESSE (numéro, rue, localité)					CODE POSTAL

SPÉCIMEN

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION	ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE CONGÉ	ANNÉE MOIS JOUR	GENRE DE SEJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS
CODE DE DIAGNOSTIC							
CODE D'INTERVENTION							
ATTRIBUT D'INTERVENTION		SITUATION LIEU ÉTENDUE	SITUATION LIEU ÉTENDUE	SITUATION LIEU ÉTENDUE			

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
TOTAL					

4- Renseignements complémentaires

Frais d'acquisition de cellules souches à l'étranger.

5- Attestation de l'établissement

(La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.)

Nom et prénom de la personne autorisée **PAUL UNTEL** (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée *Paul Untel*

DATE ANNÉE MOIS JOUR **20120510**

3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.2.5 Attestation de l'établissement (section 5)

Nom et prénom de la personne autorisée : Inscrire en lettres majuscules le nom et le prénom de la personne autorisée.

Signature de la personne autorisée : La signature de la personne autorisée est obligatoire.

Date : Inscrire la date de la signature de la personne autorisée.

3.3 INSTRUCTIONS ET EXEMPLES DE FACTURATION

3.3.1 Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu)

Lorsque l'hospitalisation d'une personne assurée s'étend sur une longue période (ex: plus d'un mois), les frais d'hospitalisation peuvent être réclamés une fois par mois sur des demandes de paiement distinctes.

- # Vous devez fournir à la Régie les informations sur l'état de la personne pour justifier une hospitalisation de plus de 30 jours. La mise à jour sur l'état du patient doit être fournie à tous les 30 jours par la suite 60^e jour et le 90^e jour.

EXEMPLE (1^{re} demande de paiement)

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT
ADRESSE (numéro, rue, localité)	
PROVINCE	CODE POSTAL

2- Patient

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)			
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE	SEXE
ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE (numéro, rue, localité)				CODE POSTAL

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION	DATE DE CONGÉ	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2 0 1 2	0 5 0 1	C			
CODE DE DIAGNOSTIC: F 0 1 1					
CODE D'INTERVENTION: 1 L A 8 4 L A X X Q					
ATTRIBUT D'INTERVENTION: S					

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
2 0 1 2 0 5 0 1	2 0 1 2 0 5 3 1	401	1 1 0 0 0 0	31	3 4 1 0 0 0 0
TOTAL					3 4 1 0 0 0 0

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.3.1 Hospitalisation d'une durée supérieure à un mois (séjour continu) (suite)

EXEMPLE (2^e demande de paiement)

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT
ADRESSE (numéro, rue, localité)	
PROVINCE	CODE POSTAL

2- Patient

NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ -	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)			
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE	SEXE
ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE (numéro, rue, localité)				CODE POSTAL

SPÉCIMEN

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION	ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE CONGÉ	ANNÉE MOIS JOUR	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS
	2 0 1 2 0 5 0 1		2 0 1 2 0 6 2 5	N	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CODE DE DIAGNOSTIC	F 0 1 1						
CODE D'INTERVENTION	1 L A 8 4 L A X X Q						
ATTRIBUT D'INTERVENTION	S						

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
2 0 1 2 0 6 0 1	2 0 1 2 0 6 2 4	401	1 1 0 0 0 0	24	2 6 4 0 0 0 0
TOTAL					2 6 4 0 0 0 0

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03

Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

MAJ 22 / mai 2012 / 99

13

3.3.2 Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation)

Lorsqu'une intervention chirurgicale très coûteuse (code de la série 100 « transplantation ») est facturée, vous devez inscrire, dans la case *CODE DE SERVICE*, le code numérique qui correspond à l'intervention et le montant dans la case *MONTANT FACTURÉ*.

Vous devez inscrire, dans la case *DATE DE FIN DE FACTURATION*, la date de fin de toute la période couvrant la transplantation.

- Remarques :**
- 1) Les services hospitaliers rendus au donneur d'un organe, maintenu artificiellement en vie, sont des services assurés par la province de résidence du donneur.
 - 2) Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province de résidence du receveur de l'organe.
 - 3) La rémunération de l'équipe chirurgicale qui prélève l'organe ainsi que les frais de transport sont des services assurés par la province de résidence du receveur. Ces services sont inclus dans le tarif interprovincial pour les interventions coûteuses. Toutefois, la rémunération du chirurgien pour le prélèvement et son temps de déplacement ne sont pas inclus dans ce tarif.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 100 : TRANSPLANTATION

100	=	acquisition d'organe hors Canada
101	=	coeur
102	=	coeur-poumons
103	=	poumons
104	=	foie
106	=	rein
108	=	rein et pancréas

3.3.2 Intervention chirurgicale très coûteuse (transplantation) (suite)

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		
ADRESSE (numéro, rue, localité)			
		PROVINCE	CODE POSTAL

2- Patient

NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ -		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)	
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE
ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR
ADRESSE (numéro, rue, localité)		SEXE	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
			CODE POSTAL

SPÉCIMEN

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION	ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE CONGÉ	ANNÉE MOIS JOUR	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT <input type="checkbox"/>	CODE	DÉCÈS <input type="checkbox"/>
	2 0 1 2 0 4 0 1		2 0 1 2 0 5 2 9	N			
CODE DE DIAGNOSTIC							
Z 9 4 1							
CODE D'INTERVENTION							
1 H Z 8 5 L A X X K							
ATTRIBUT D'INTERVENTION							
SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE							

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR				
2 0 1 2 0 4 0 1	2 0 1 2 0 5 2 8	101			1 1 5 4 1 6 0 0
TOTAL					1 1 5 4 1 6 0 0

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____

Signature de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

#

MAJ 22 / mai 2012 / 99

15

3.3.3 Implants spéciaux

Régie de l'assurance maladie Québec **Demande de paiement**
Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE (numéro, rue, localité) PROVINCE CODE POSTAL

2- Patient

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNEE MOIS JOUR PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE NOUVEAU-NÉ DATE DE NAISSANCE ANNEE MOIS JOUR SEXE M F

ADRESSE (numéro, rue, localité) CODE POSTAL

SPÉCIMEN

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION ANNEE MOIS JOUR DATE DE CONGÉ ANNEE MOIS JOUR GENRE DE SÉJOUR ACCIDENT CODE DÉCÈS

CODE DE DIAGNOSTIC H 9 1 2

CODE D'INTERVENTION 1 D M 5 3 L A L K

ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE SITUATION LIEU ÉTENDUE

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
ANNEE MOIS JOUR	ANNEE MOIS JOUR				
2 0 1 2 0 5 0 1	2 0 1 2 0 5 2 0	401	1 1 0 0 0 0	20	2 2 0 0 0 0
2 0 1 2 0 5 0 2		310			3 4 0 0 0 0
TOTAL					5 6 0 0 0 0

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée

Signature de la personne autorisée (LETTRES MAJUSCULES) DATE ANNEE MOIS JOUR

3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.3.3 Implants spéciaux

Les implants spéciaux doivent être facturés selon le prix d'acquisition plus le tarif journalier autorisé pour chaque journée du séjour associé à cette intervention. Veuillez annexer à la demande de paiement, la facture qui justifie le prix de l'implant. L'implant doit être facturé séparément de la période d'hospitalisation. Veuillez inscrire, dans la case **DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION**, la date de l'intervention, dans la case **CODE DE SERVICE**, le code numérique correspondant à l'implant et, dans la case **MONTANT FACTURÉ**, le prix de l'implant.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 300 : implants

- 310 = implant cochléaire
- 311 = défibrillateur - stimulateur cardiaque (combiné)

3.3.4 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches

Le tarif de la greffe de la moelle osseuse et des cellules souches de la série des codes 600 remplace le tarif journalier d'hospitalisation.

Lorsque le séjour est supérieur au séjour maximal, le tarif quotidien majoré est ajouté pour chaque jour au-delà du séjour maximal. Dans ce cas, une nouvelle ligne de service doit être utilisée pour facturer cette période.

Veillez inscrire dans la case *DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION*, la date de l'intervention, dans la case *DATE DE FIN FACTURATION*, la date de fin de la facturation, dans la case *CODE DE SERVICE* le code numérique correspondant à l'intervention, dans la case *TARIF JOURNALIER*, le tarif journalier en fonction du code de l'intervention et dans la case *MONTANT FACTURÉ*, le tarif de l'intervention ou le montant facturé.

CODE DE SERVICE DE LA SÉRIE 600 : greffe de moelle osseuse et de cellules souches

- 600 = Coût de l'acquisition (à l'extérieur du Canada)
- 601 = Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)
- 602 = Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)
- 603 = Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)
- 604 = Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)
- 605 = Greffe allogénique – chez l'adulte (donneur apparenté au patient)
- 606 = Greffe allogénique – chez l'enfant
- 607 = Greffe allogénique – adulte/patient (donneur compatible non apparenté - DCNA)

3.3.4 Greffe de moelle osseuse et de cellules souches (exemple)

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement
 Services internes dispensés au Québec
 à un résident d'une autre province ou
 d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT				
ADRESSE (numéro, rue, localité)					PROVINCE
					CODE POSTAL

2- Patient

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »			NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)							
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE			PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE			DATE DE NAISSANCE			SEXE	
ANNÉE	MOIS	JOUR				ANNÉE	MOIS	JOUR	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
ADRESSE (numéro, rue, localité)									CODE POSTAL	

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION	ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE CONGÉ	ANNÉE	MOIS	JOUR	GENRE DE SÉJOUR	ACCIDENT	CODE	DÉCÈS	
	2	0	1	2	2	0	1	2	N	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CODE DE DIAGNOSTIC	C 8 1 0											
CODE D'INTERVENTION	1 W Y 1 9 H H X X A											
ATTRIBUT D'INTERVENTION	SITUATION	LIEU	ÉTENDUE	SITUATION	LIEU	ÉTENDUE	SITUATION	LIEU	ÉTENDUE			
	M	1										

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION	DATE DE FIN DE FACTURATION	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ						
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR						
2	0	1	2	2	0	1	2	603		16	5 6 4 7 5 0 0
2	0	1	2	2	0	1	2	603	1 7 2 3	12	2 5 1 0 4 0 0
					TOTAL	8 1 5 7 9 0 0					

4- Renseignements complémentaires

5- Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée _____ (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR

3885 266 06/03 Feuille blanche : RAMQ - Feuille jaune : Établissement

3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (*formulaire n° 3716*)

Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation doit être gardé dans les dossiers de l'établissement. Ce formulaire comporte cinq sections :

1. Établissement;
2. Patient;
3. Résidence temporaire au Québec;
4. Déménagement permanent au Québec;
5. Déclaration du patient ou de son représentant.

3.4 DESCRIPTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION (formulaire n° 3716) (suite)

Régie de l'assurance maladie Québec		Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
Établissement ①		Numéro de contrôle externe/External control number			
Code de l'établissement		Nom de l'établissement		Date d'admission Année Mois Jour	
Adresse (numéro, rue, localité)				CODE POSTAL	
Patient ② <i>Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card</i>					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters		Numéro de téléphone Phone Number	
Date de naissance - Birthdate ANNÉE MOIS JOUR YEAR MONTH DAY		Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card	
Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card		Date d'expiration de la carte Expiry date of card		Province	
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)				CODE POSTAL POSTAL CODE	
Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec ③					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality)		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin		Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay			
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT		<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION:		DU - FROM	
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN		<input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY:		AU - TO	
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NOM OF HOSPITAL/FACILITY)		ANNÉE MOIS YEAR MONTH	
<input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):		Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province			
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality)		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Numéro de téléphone Phone Number		()			
Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec ④					
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card		Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec		ANNÉE MOIS JOUR YEAR MONTH DAY	
Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative ⑤					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)		Date	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters		Lien avec le patient Relationship to patient		Préciser Specify	
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
<input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient		Numéro de téléphone Phone Number		()	
3716 266 04/09 Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient					

3.5 RÉDACTION DE LA DÉCLARATION D'ASSURANCE HOSPITALISATION**3.5.1 Établissement** (*section 1*)

Code de l'établissement : Incrire le code de l'établissement qui vous a été attribué (code de cinq chiffres). L'utilisation de ce code permet à la Régie de procéder au remboursement dans un meilleur délai.

Nom de l'établissement : Incrire le nom de l'établissement.

Adresse : Incrire l'adresse complète de l'établissement.

Province : Incrire la province de l'établissement.

Code postal : Incrire le code postal dans la case prévue à cette fin.

N° de contrôle externe : Incrire votre numéro de contrôle (maximum 15 caractères alphanumériques).

3.5.1 Établissement (section 1) exemple

Régie de l'assurance maladie Québec		Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
				Numéro de contrôle externe/External control number 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 A B C D E	
Établissement Code de l'établissement 5 4 3 2 1		Nom de l'établissement Centre hospitalier fictif		Date d'admission Année Mois Jour 2 0 0 9 0 4 0 1	
Adresse (numéro, rue, localité) 333, rue des Convalescents				CODE POSTAL G 0 A 0 T 0	
Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card					
NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ - HEALTH CARD NUMBER		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters		Numéro de téléphone Phone Number	
Date de naissance - Birthdate ANNEE MOIS JOUR YEAR MONTH DAY		Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card	
		Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card		Date d'expiration de la carte Expiry date of card	
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)				Province CODE POSTAL POSTAL CODE	
Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality)				Province Québec CODE POSTAL POSTAL CODE	
				Numéro de téléphone Phone Number	
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin				Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay	
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT				<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION:	
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN				<input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY:	
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS				NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NOM OF PUBLIC INSTITUTION) SPÉCIMEN	
<input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):				Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province	
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality)				Province CODE POSTAL POSTAL CODE	
				Numéro de téléphone Phone Number	
Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec					
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec				Province Québec CODE POSTAL POSTAL CODE	
				Numéro de téléphone Phone Number	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card				Province CODE POSTAL POSTAL CODE	
				Numéro de téléphone Phone Number	
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card				<input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec	
				Année Mois Jour YEAR MONTH DAY	
Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)		Date	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters		Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian			
		<input type="checkbox"/> Préciser Specify			
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient				Province CODE POSTAL POSTAL CODE	
<input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient				Numéro de téléphone Phone Number	

3716 266 04/09

Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient

3.5.2 Patient (*section 2*)

Numéro de la « CARTE SANTÉ » : Inscrire le numéro de la carte santé de la personne assurée. S'il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas encore sa carte santé (jusqu'à trois mois), inscrire le numéro de la carte santé de la mère ou du père. S'assurer que la carte est valide en vérifiant la date d'expiration.

- # **Note :** Pour les nouveau-nés de l'Ontario, il est obligatoire de facturer avec le NAM du bébé. Si les parents ne peuvent fournir le NAM du bébé, facturer les services internes fournis aux parents.

Nom et prénom de la personne assurée inscrits sur la carte : Nom et prénom usuels inscrits sur la carte santé (nom de famille, à la naissance). Il est important d'inscrire cette information en lettres majuscules.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone du patient.

Date de naissance : Inscrire la date de naissance de la personne assurée selon le système international (AAAA - MM - JJ).

Sexe : Inscrire le sexe de la personne assurée (F = féminin, M = masculin).

Province émettrice de la carte : Inscrire le nom de la province ou du territoire ayant délivré la carte santé.

Date d'entrée en vigueur de la carte : Inscrire la date d'entrée en vigueur de la carte, s'il y a lieu.

Date d'expiration de la carte : Inscrire la date d'expiration indiquée sur la carte santé, s'il y a lieu.

Nouveau-né : Cocher s'il s'agit d'un nouveau-né et que le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père est utilisé.

- # **Adresse :** Adresse permanente de la personne assurée dans la province émettrice de la carte.

Province : Province de la personne assurée.

Code postal : Code postal de l'adresse permanente de la personne assurée.

3.5.2 Patient (section 2) exemple

Régie de l'assurance maladie Québec		Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
Établissement Code de l'établissement Nom de l'établissement		Numéro de contrôle externe/External control number			
Adresse (numéro, rue, localité)		Date d'admission Année Mois Jour CODE POSTAL			
Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 SMITH JOHN		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters		Numéro de téléphone Phone Number (123) 456-7890	
Date de naissance - Birthdate ANNEE YEAR MOIS MONTH JOUR DAY 1967 12 01		Sexe - Sex <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card Ontario	
Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card		Date d'expiration de la carte Expiry date of card 2013 12 01		Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) 123, rue du Patient, Ville du Patient	
Province Ontario		CODE POSTAL POSTAL CODE K 1 H 0 T 0			
Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality)		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number	
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin			Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay		
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS <input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):			<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION : NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION PRÉCISER : SPECIFY :		
DU - FROM Année Year Mois Month Jour Day			AU - TO Année Year Mois Month Jour Day		
Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province			ANNEE YEAR MOIS MONTH		
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality)		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number	
Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec					
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number	
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card		Année Year Mois Month Jour Day		<input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec	
Année Year Mois Month Jour Day		Année Year Mois Month Jour Day		Année Year Mois Month Jour Day	
Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont vérifiées et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare pour le patient que je représente être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)		Date	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters		Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian <input type="checkbox"/> Préciser Specify			
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number	
Province		CODE POSTAL POSTAL CODE Numéro de téléphone Phone Number			

3716 266 04/09

Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient

3.5.3 Résidence temporaire au Québec (section 3)

Adresse (numéro, rue, localité) : Inscrire l'adresse de résidence du patient lors de son séjour au Québec.

Province : Ce champ est toujours Québec.

Code postal : Code postal de l'adresse de résidence du patient lors de son séjour au Québec.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone du patient lors de son séjour au Québec.

Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine émettrice de la carte : Il faut cocher l'une des cases suivantes :

Vacances/en transit

Recommandation d'un médecin

Emploi temporaire/affaires

Études : Si cette case est cochée, indiquer le nom de l'établissement d'enseignement.

Préciser : Dans tous les autres cas, cocher cette case et préciser la raison.

Durée prévue du séjour : Inscrire la date de début et de fin prévue du séjour.

Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Inscrire le nom de la province.

Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province : Inscrire la date.

Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) : Inscrire l'adresse de résidence dans la province en question.

Province : Inscrire la province.

Code postal : Inscrire le code postal de la résidence du patient dans cette province.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone du patient dans cette province.

3.5.3 Résidence temporaire au Québec (section 3)

Régie de l'assurance maladie Québec		Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
Établissement Code de l'établissement _____ Nom de l'établissement _____		Numéro de contrôle externe/External control number _____			
Adresse (numéro, rue, localité) _____		Date d'admission Année _____ Mois _____ Jour _____ CODE POSTAL _____			
Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card					
NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ - HEALTH CARD NUMBER _____		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters _____		Numéro de téléphone Phone Number _____	
Date de naissance - Birthdate ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____ JOUR DAY _____		Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Province ayant délivré la carte Province that issued card _____	Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____	Date d'expiration de la carte Expiry date of card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality) _____			Province _____	CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality) _____		Province Québec	CODE POSTAL POSTAL CODE _____	Numéro de téléphone Phone Number G 1 C 0 T 0 (418) 123-4567	
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin			Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay		
<input checked="" type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT			<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION : _____		
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN			<input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY : _____		
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS			NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (NAME OF FACILITY) _____		
<input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec) :			Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____		
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality) _____		Province _____	CODE POSTAL POSTAL CODE _____	Numéro de téléphone Phone Number _____	
Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec					
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec _____		Province Québec	CODE POSTAL POSTAL CODE _____	Numéro de téléphone Phone Number _____	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card _____		Province _____	CODE POSTAL POSTAL CODE _____	Numéro de téléphone Phone Number _____	
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		<input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____			
Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the <i>Canada Evidence Act</i> . In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION _____		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) _____		Date _____	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters _____		Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian			
<input type="checkbox"/> Préciser Specify _____		Province _____	CODE POSTAL POSTAL CODE _____	Numéro de téléphone Phone Number _____	
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient		Province _____ CODE POSTAL POSTAL CODE _____ Numéro de téléphone Phone Number _____			
3716 266 04/09 Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient					

3.5.4 Installation permanente au Québec (section 4)

Adresse permanente au Québec : Inscire l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

Province : Ce champ est toujours Québec.

Code postal : Code postal de l'adresse de résidence permanente du patient au Québec.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone permanent du patient au Québec.

Dernière adresse dans la province ayant délivré la carte santé : Inscire la dernière adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

Province : Province qui a délivré la carte santé.

Code postal : Code postal de l'adresse de résidence dans la province qui a délivré la carte santé.

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone dans la province qui a délivré la carte santé.

Date du départ de la province ayant délivré la carte santé : Inscire la date du départ de la province qui a délivré la carte santé.

Date du début de l'installation permanente au Québec : Inscire la date à laquelle la personne a commencé à résider de façon permanente au Québec.

3.5.4 Installation permanente au Québec (section 4)

Régie de l'assurance maladie Québec		Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		-NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK-	
Établissement		Numéro de contrôle externe/External control number: _____			
Code de l'établissement _____		Nom de l'établissement _____		Date d'admission Année _____ Mois _____ Jour _____	
Adresse (numéro, rue, localité) _____				CODE POSTAL _____	
Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER: _____		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters: _____		Numéro de téléphone Phone Number: _____	
Date de naissance - Birthdate ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____ JOUR DAY _____		Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card: _____	
Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card: _____		Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		Date d'expiration de la carte Expiry date of card: _____	
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality): _____				Province _____ CODE POSTAL POSTAL CODE _____	
Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality): _____		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE _____ Numéro de téléphone Phone Number _____	
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin:				Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay	
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT				DU - FROM: Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____	
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN				AU - TO: Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____	
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS					
<input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):				Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province: ANNÉE YEAR _____ MOIS MONTH _____	
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality): _____		Province _____		CODE POSTAL POSTAL CODE _____ Numéro de téléphone Phone Number _____	
Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec					
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec: _____		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE _____ Numéro de téléphone Phone Number _____	
123, rue Nouvelle, Québec				G 1 C 0 T 0 (418) 123-4567	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card: _____		Province Ontario		CODE POSTAL POSTAL CODE _____ Numéro de téléphone Phone Number _____	
123, rue du Patient, Ville du Patient				K 1 H 0 T 0 (123) 456-7890	
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card: _____		Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____		<input checked="" type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec: Année Year _____ Mois Month _____ Jour Day _____	
2 0 1 2 0 4 0 1				2 0 1 2 0 4 0 2	
Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION: _____		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY): _____		Date _____	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters: _____		Lien avec le patient Relationship to patient: <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur / Specify: _____			
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient: _____		Province _____		CODE POSTAL POSTAL CODE _____ Numéro de téléphone Phone Number _____	
<input type="checkbox"/> Même que celle du patient / Same as that of patient					
3716 266 04/09 Blanche : RAMQ – Jaune : Établissement – Rose : Patient / White: RAMQ – Yellow: Facility – Pink: Patient					

3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant (section 5)

Signature de la personne qui fait cette déclaration : Le patient ou son représentant est tenu de signer la déclaration du patient.

Signature du témoin (représentant de l'hôpital) : La signature du représentant est obligatoire.

Date : Date de la signature de la déclaration.

Nom : Nom du représentant du patient (lettres majuscules). Si ce n'est pas le patient qui signe la déclaration, il faut indiquer ici le nom du représentant du patient.

Lien avec le patient : Il faut indiquer le lien avec le patient en cochant la case *PÈRE, MÈRE OU TUTEUR* ou encore la case *PRÉCISER* en indiquant le lien sur la ligne.

Adresse de la personne qui fait cette déclaration si ce n'est pas le patient : Inscrire l'adresse avec le numéro, la rue et la localité.

Province : Inscrire la province du représentant du patient.

Code postal : Inscrire le code postal de la résidence du représentant du patient.

Numéro de téléphone : Inscrire le numéro de téléphone du représentant du patient.

3.5.5 Déclaration du patient ou de son représentant (section 5)

Régie de l'assurance maladie Québec		Déclaration d'assurance hospitalisation Hospital Insurance Declaration Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK	
Établissement Code de l'établissement Nom de l'établissement Adresse (numéro, rue, localité)		Date d'admission Année Mois Jour CODE POSTAL		Numéro de contrôle externe/External control number	
Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card					
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER		Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters		Numéro de téléphone Phone Number	
Date de naissance - Birth date ANNÉE ANNEE MOIS MONTH JOUR DAY Sexe - Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Province ayant délivré la carte Province that issued card		Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card Année Year Mois Month Jour Day	
Date d'expiration de la carte Expiry date of card Année Year Mois Month Jour Day		Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)		Province CODE POSTAL POSTAL CODE	
Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec					
Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality)		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Numéro de téléphone Phone Number		()			
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin				Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay	
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN <input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS <input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec):				DU - FROM Année Year Mois Month Jour Day	
<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION : NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION				AU - TO Année Year Mois Month Jour Day	
<input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY :				Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province ANNÉE YEAR MOIS MONTH	
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality)		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Numéro de téléphone Phone Number		()			
Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec					
Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec		Province Québec		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Numéro de téléphone Phone Number		()			
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card Année Year Mois Month Jour Day		<input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec Année Year Mois Month Jour Day		()	
Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative					
Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the Canada Evidence Act. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.					
SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION <i>John Smith</i>		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY) <i>Paul Untel</i>		Date 2012-04-01	
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters		Lien avec le patient Relationship to patient <input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian		<input type="checkbox"/> Préciser Specify	
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient <input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient		Province		CODE POSTAL POSTAL CODE	
Numéro de téléphone Phone Number		()			
3716 266 04/09 Blanche : RAMQ - Jaune : Établissement - Rose : Patient / White: RAMQ - Yellow: Facility - Pink: Patient					

3.6 EXPÉDITION

Le formulaire de déclaration d'assurance hospitalisation **doit être conservé dans les dossiers de l'établissement**. Sur demande de la Régie, l'original du formulaire doit être expédié à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'application des programmes Q037
Facturation interprovinciale
Case postale 6600
Québec QC G1K 7T3

L'établissement conserve la deuxième copie.

3.7 UTILISATION DES SERVICES EN LIGNE

La Régie vous invite à utiliser ses services en ligne en toute sécurité pour rédiger et soumettre par Internet vos demandes de paiement concernant la facturation des services hospitaliers rendus à des résidents d'autres provinces ou des territoires.

Pour effectuer des transactions, vous devez cependant obtenir de la Régie un code d'accès sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Internet de la Régie à www.ramq.gouv.qc.ca pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

5. TARIFS INTERPROVINCIAUX

5.1 TARIFS DES SERVICES

Les tarifs interprovinciaux des services internes sont déterminés par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance santé (CCEIAS).

Le tarif réclamé doit correspondre au tarif journalier en vigueur à la date des services rendus dans l'établissement pour un séjour dans une salle commune, en unité de soins intensifs ou pour les nouveau-nés.

Cependant, pour certaines interventions très coûteuses, le prix de la journée est remplacé par un tarif global par hospitalisation.

5.1.1 Facturation interprovinciale des interventions chirurgicales très coûteuses

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2012.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	Transplantation (par cas)	
	NOTE : La facturation des services de transplantation est soumise aux règles d'application (page 26).	
+ 100(*)	- Lorsqu'un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104 seulement), plus les frais d'acquisition d'organe à l'extérieur du pays, moins 21 741 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. - Pour les codes 106 et 108 : le coût réel facturé. Ne pas soustraire le coût de 21 741 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. - La facturation relative à l'approvisionnement en organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.	
+ 101	- coeur	115 416,00
+ 102	- coeur et poumons	163 013,00
+ 103	- poumons	186 405,00
+ 104	- foie ** Annulé (se reporter à la série 600)	118 248,00
+ 106	- rein ** Annulé (se reporter à la série 600)	32 152,00
+ 108(*)	- rein et pancréas	39 613,00
#	<u>AVIS :</u> 1) Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province qui a délivré la carte santé du receveur de l'organe 2) La rémunération de l'équipe chirurgicale qui prélève l'organe ainsi que leurs frais de transport sont des services assurés par la province qui a délivré la carte santé du receveur. Ces services sont inclus dans le tarif interprovincial pour les interventions coûteuses. Toutefois, la rémunération du chirurgien pour le prélèvement et son temps de déplacement ne sont pas inclus dans ce tarif.	

(*) Les codes 100 et 108 sont nouveaux depuis le 1^{er} avril 2005.

(**) Veuillez vous référer aux tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffes de la moelle osseuse et des cellules souches (en vigueur pour les congés obtenus le 1^{er} septembre 1998 ou après cette date).

5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

Tarifs en vigueur le 1^{er} avril 2012

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	Implants spéciaux :	
+	* Le prix facturé de l'appareil (facture requise), plus le per diem autorisé de l'hôpital pour toute hospitalisation associée à l'intervention.	
310	- implant cochléaire	*
311	- stimulateur cardiaque	*
	Veillez vous référer aux règles d'application pour la facturation des services de transplantation (greffe).	

5.1.2 Tarif journalier

Tarifs en vigueur le 1^{er} avril 2012

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	Tarif journalier :	
401	- Soins de courte durée	Tarif journalier autorisé
402	- Soins d'un nouveau-né (bien portant) (Un nouveau-né malade est considéré comme un « enfant » et la facturation est faite suivant le tarif journalier standard d'hospitalisation en salle publique)	388,00
405	- Soins intensifs de courte durée	Tarif journalier autorisé

5.1.3 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffes de la moelle osseuse et des cellules souches

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2012 (*)

CODES DES SERVICES	CATÉGORIE DE SERVICE	SÉJOUR MAXIMAL (SM)	TARIF MONOLITHIQUE DE BASE (\$)	TARIF QUOTIDIEN MAJORÉ ET NORMALISÉ – SÉJOUR EXCÉDANT LE SM
+ 600	Coûts d'acquisition (à l'extérieur du Canada) incluant anticorps monoclonal	---	Coût facturé	Coût facturé
+ 601	Grefte autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	---	25 100,00	---
+ 602	Grefte autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	---	30 119,00	---
+ 603	Grefte autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	56 475,00	2 092,00
+ 604	Grefte autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	75 302,00	3 764,00
+ 605	Grefte allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA)	25 jours	129 965,00	2 233,00
+ 606	Grefte allogénique – chez l'enfant	25 jours	160 922,00	4 045,00
+ 607	Grefte allogénique / adulte / patient DCNA	25 jours	156 879,00	2 233,00

Veuillez vous référer aux Règles régissant les services de greffes de la moelle osseuse et des cellules souches.

Avant le 1^{er} septembre 1998, se reporter aux codes de services 105 et 107 des tarifs pour la facturation interprovinciale des interventions très coûteuses (en vigueur pour les congés obtenus le 1^{er} avril 1998 ou après cette date) et aux Règles d'application pour la facturation des services de transplantation.

(*) En vigueur pour les congés obtenus le 1^{er} avril 2011 ou après cette date.

+ 5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (GREFFE)

1. Toute hospitalisation distincte (p. ex. pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation ou la réadmission après l'intervention) peut être facturée au tarif journalier autorisé.
2. Chaque visite d'un patient externe distincte d'une hospitalisation liée à l'intervention très coûteuse peut être facturée au tarif interprovincial autorisé pour les consultations externes.
3. L'approvisionnement comprend tous les frais associés à l'acquisition, à l'entreposage, à l'expédition et à la viabilité de l'organe à transplanter ainsi que les frais médicaux et hospitaliers liés à la conservation du donneur.
4. Dans tous les cas, la province ou le territoire de résidence du receveur doit assumer les frais associés à l'acquisition d'organes au pays ou hors du Canada.
5. Le tarif des codes 101 à 104 comprend les coûts associés à toute l'hospitalisation du patient, de l'admission au congé, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, ainsi que le coût de l'approvisionnement au pays.
6. Le tarif des codes 106 et 108 comprend les coûts associés à toute l'hospitalisation du patient, de l'admission au congé, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, mais non le coût de l'approvisionnement au pays. L'administration qui fournit les soins peut facturer les frais d'acquisition à la province ou au territoire de résidence du patient greffé.
7. Acquisition d'organes hors du Canada : lorsqu'un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province ou au territoire de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104), plus les frais d'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 21 741 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : les coûts réels facturés. Il ne faut pas déduire la somme de 21 741 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. La facturation relative à l'approvisionnement en organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.
8. Transplantations multiples, même patient, même organe, même séjour – en raison de la rareté de ces cas et de la formule d'établissement du coût moyen utilisée pour la fixation du tarif interprovincial applicable à ces interventions, aucun montant supplémentaire ne sera ajouté lors de la facturation de ces transplantations multiples.
9. Aucun montant supplémentaire ne sera facturé lors de l'implantation d'un coeur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un coeur naturel.
10. Tout nouveau séjour à l'hôpital du même patient pour une nouvelle transplantation du même organe sera considéré comme un nouveau cas et pourra être facturé au tarif de l'intervention très coûteuse, comme indiqué précédemment.

+ 5.3 RÈGLES RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE LA MOELLE OSSEUSE ET DES CELLULES SOUCHES

1. Tout séjour en milieu hospitalier distinct d'une hospitalisation aux fins d'une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches (c'est-à-dire, pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation de l'état du malade, etc.) sera facturé au tarif quotidien autorisé de l'hôpital.
2. Toute consultation externe sera facturée au tarif interprovincial autorisé, applicable aux services de consultation externe.
3. Chaque tarif monolithique comprend tous les frais d'établissement associés à une greffe unique, notamment les frais d'hospitalisation et de diagnostic. Aux fins du calcul du séjour maximal, le séjour en milieu hospitalier comprend la date de l'admission, mais pas la date de la sortie.
4. Le tarif quotidien majoré et normalisé peut être appliqué pour les journées d'hospitalisation qui dépassent le séjour maximal prévu au cours de la période d'hospitalisation où la greffe a été pratiquée.
5. Frais d'acquisition
 - a) Lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues au Canada, les coûts sont compris dans le tarif monolithique. Il incombe au centre de transplantation de payer les frais d'acquisition.
 - b) Lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues à l'étranger, le coût facturé et payé par le centre de transplantation peut être réclamé à la province d'origine du patient. La facture originale doit accompagner la demande de facturation réciproque.
6. Lorsque les patients quittent l'hôpital dans les 72 heures suivant la date de l'intervention, les frais doivent être facturés par l'hôpital qui a dispensé le service de transplantation au tarif prévu dans les cas où les congés sont obtenus dans les 72 heures (adulte ou enfant).
7. Par « enfant », on entend une personne de 17 ans et moins.
8. Les personnes qui obtiennent leur congé et qui présentent des complications consécutives à une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches peuvent être hospitalisées de nouveau au tarif quotidien autorisé de l'hôpital et non au tarif quotidien majoré et normalisé.
9. Toute nouvelle hospitalisation du même patient aux fins d'une nouvelle greffe sera considérée comme un nouveau cas et sera facturable conformément aux présentes règles.
10. Sauf en ce qui concerne les frais d'acquisition évoqués au paragraphe 5b), les demandes de remboursement à l'égard des greffes de la moelle osseuse et des cellules souches doivent être présentées comme une demande complète au moment de la sortie de l'hôpital.
11. L'attribution d'un code de diagnostic est obligatoire et doit indiquer la principale raison justifiant la greffe ou le diagnostic définitif posé à l'égard du greffé.
12. Les greffes de moelle osseuse ou de cellules souches pratiquées dans le cadre d'essais cliniques ou à l'égard d'affections dont le traitement est encore jugé au stade expérimental ne sont pas admissibles à la facturation réciproque